



RAPTOR-C19 अध्ययन टीम

प्राथमिक देखभाल स्वास्थ्य विज्ञान के न्यूफिल्ड विभाग रेडक्लिफ

प्राथमिक देखभाल भवन - ऑक्सफोर्ड विश्वविद्यालय वुडस्टॉक

ऑक्सफोर्ड OX26GG

मुख्य अन्वेषक: प्रोफेसर रिचर्ड हाब्स। ईमेल:

RAPTOR@phc.ox.ac.uk

अध्ययन कोड:

साइट आईडी कोड:

प्रतिभागी की पहचान संख्या:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

सहमति पत्र: कोविड-19 के लिए रैपिड परीक्षण (RAPTOR-C19)

शोधकर्ता का नाम:

यदि आप सहमत हैं, तो कृपया बॉक्स में निसान लगाएं

1. मैंने इस अध्ययन की जानकारी पढ़ और समझ लिया है और/या मुझे इस अध्ययन की जानकारी पढ़ कर सुनाई गई है, जिसे मैंने समझ लिया है (संस्करण 1.0 दिनांक 01/06/2020)। मुझे सवाल पूछने		
2. मैं समझता/ती हूँ कि मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है और मैं बिना किसी कारण के किसी भी समय इससे बाहर निकलने के लिए स्वतंत्र हूँ और इससे मेरे चिकित्सा देखभाल या कानूनी अधिकार पर कोई		
3. मैं इस शोध के लिए नमूने देने के लिए सहमत हूँ। मैं इन नमूनों को ऑक्सफोर्ड विश्वविद्यालय के लिए एक उपहार मानता/ती हूँ और मैं समझता/ती हूँ कि इससे मुझे कोई प्रत्यक्ष व्यक्तिगत लाभ प्राप्त		
4. मैं सहमत हूँ कि अनुसंधान टीम को कोविड-19 प्रयोगशाला परीक्षण के परिणाम के बारे में सूचित किया जाएगा।		
5. मैं समझता/ती हूँ कि मेरे मेडिकल नोट्स और अध्ययन टीम द्वारा एकत्र किए गए डेटा के संबंधित अनुभागों को ऑक्सफोर्ड विश्वविद्यालय, एचएचएस (NHS) संस्था, और अनुसंधान प्रशासन अनुवीक्षक के अधिकृत व्यक्तियों द्वारा देखा जा सकता है। मैं इन व्यक्तियों को मेरे अनुसंधान रिकॉर्ड		
6. मैं सहमत हूँ कि सार्वजनिक स्वास्थ्य इंग्लैंड और एनएचएस डिजिटल (NHS Digital) द्वारा रखी और संभाली गई जानकारी का उपयोग मेरे स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए किया जा सकता है।		
7. मैं इस अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।		
अतिरिक्त और वैकल्पिक		
8. मैं अपने अनाम नमूनों को भविष्य के अनुसंधान में, यहां या विदेशों में उपयोग करने के लिए सहमत हूँ, जिसमें नैतिकता अनुमोदन है। मैं समझता/ती हूँ कि इस शोध में व्यावसायिक संगठन शामिल हो	हाँ	नहीं
9. मैं नैतिक रूप से अनुमोदित अनुसंधान अध्ययनों में भाग लेने के बारे में संपर्क करने के लिए सहमत हूँ, जिसके लिए मैं उपयुक्त हो सकता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि संपर्क करने के लिए सहमत होना मुझे	हाँ	नहीं

प्रतिभागी का नाम

दिनांक

सहमति लेने वाले व्यक्ति का नाम

दिनांक

यदि मौखिक रूप से पूरा किया गया हो और सहमति लेने वाले व्यक्ति द्वारा प्रलेखित किया गया हो, तो निसान लगाएं

* माता-पिता/अभिभावक के लिए 1 प्रति; शोधकर्ता साइट फ़ाइल के लिए 1 प्रति; मेडिकल नोटों में रखे जाने के लिए 1 प्रति (यदि प्रतिभागी एक मरीज है)।